

Lunge und Infektion

„Lunge und Infektion“ – dies ist eines der wichtigsten Themen nicht nur in der Infektiologie, sondern für die gesamte innere Medizin und assoziierte Fächer. Die Pneumonie ist trotz der Verfügbarkeit hoch wirksamer Antibiotika eine häufig schwer verlaufende Infektionskrankheit der Lungen, welche Personen aller Altersklassen betreffen kann. Schwere Verläufe werden vor allem bei sehr jungen Menschen, bei älteren Menschen über 65 Jahre und bei betagten Menschen beobachtet. Wichtige Risikofaktoren für einen schweren Verlauf einer Pneumonie sind Komorbiditäten wie z. B. die Herzinsuffizienz, der Diabetes und chronische Lungenkrankheiten. Die Schwere von Pneumonien wird zusätzlich beeinflusst durch gleichzeitige virale Infektionen, insbesondere verursacht durch das „respiratory syncytial virus“ (RSV) und die Influenzainfektion.

► Die rechtzeitige Diagnostik und Therapie der Pneumonie bei Immunsupprimierten wird immer wichtiger

Mehrere Gründe rechtfertigen ein Schwerpunktthema zu „Lunge und Infektion“. Die ambulant erworbene Pneumonie („community acquired pneumonia“, CAP) gehört zu den häufigen Krankheiten in der internistischen Praxis. Richtig diagnostiziert und therapiert ist die Mortalität je nach Grundkrankheit gering und daher ein entsprechendes diagnostisch-therapeutisches Wissen essenziell. In den letzten Jahren wurden neue immunologische Tests etabliert, welche für die Tuberkulosediagnos-

tik bereits Eingang in die Klinik finden und weiter validiert werden bezüglich ihrer Sensitivität und Spezifität, eine aktive oder latente Tuberkuloserkrankung zeitnah ausschließen oder sichern zu können. Schließlich stellt die medikamentöse Immunsuppression bei einer zunehmenden Zahl von Patienten einen wichtigeren Risikofaktor für das Auftreten von Infektionen der Lunge dar.

► Tuberkulose ist die weltweit häufigste Infektionskrankheit

In diesem Schwerpunktthema wird entsprechend zu verschiedenen Aspekten von „Lunge und Infektion“ Stellung genommen. In einem ersten Artikel beschreiben Hippenstiel et al. neue Aspekte der Pathophysiologie bei der Entstehung von Pneumonien, insbesondere die rezeptorvermittelte Aktivierung der angeborenen Immunität. Dabei spielen Interaktionen von Molekülen der Pathogene mit membranständigen und intrazellulären Mustererkennungsrezeptoren des Wirtes wie TLR und NOD eine wesentliche Rolle. Ein nächster Artikel von Flickiger et al. befasst sich mit der Diagnostik der ambulant erworbenen Pneumonie. Nach wie vor ist hier die vertiefte Anamnese bei einem Patienten mit akutem Husten und zusätzlichem fokalen klinischen Lungenbefund, d. h. Fieber über mehr als 4 Tage sowie Dys- und Tachypnoe, wegweisend. Ebenfalls essenziell ist eine Risikoeinschätzung gemäß verschiedener in diesem Artikel vorgestellter Scores. Eine zunehmende Rolle spielen im lokalen und im europäischen Kontext Resistenzen, welche die Antibioti-

katherapie maßgeblich mitbestimmen. Der Artikel gibt das Wichtigste für Spital- und praktizierende Kollegen wider. Im anschließenden Artikel beschreibt Welte in einem Update 2006 die neuesten Erkenntnisse aus dem bundesweiten BMBF-geförderten CAP-Netz bezüglich Erregerhäufigkeit, Therapie und Management der Komplikationen bei ambulant erworbener Pneumonie, die auch in eine S3-Leitlinienempfehlung eingegangen sind. Dabei werden die neuen Erkenntnisse hinsichtlich der Therapiedauer der Pneumonie, welche sich zusehends zu verkürzen scheint, vorgestellt.

Die Tuberkulose ist die weltweit häufigste Infektionskrankheit, wobei bei einem Großteil der Infizierten über Jahre und bei vielen während des ganzen Lebens kein Ausbruch der Tuberkulose zu verzeichnen ist. Deshalb stellt gerade die Diagnostik der pulmonalen Tuberkulose beim Erwachsenen, namentlich die Unterscheidung zwischen latenter und klinisch manifester Tuberkulose, nach wie vor eine große Herausforderung dar. In einem klinisch fokussierten Artikel beschreiben Laifer und Bassetti die Präsentation der Tuberkulose und die weiteren Abklärungen wie Radiologie, Mikroskopie, Kultur und Resistenztestung. So wird einerseits die diagnostische Wertigkeit der klinischen Symptomatik kritisch hinterfragt und andererseits ein praktikabler Vorschlag für die mikrobiologische Diagnostik beschrieben. Z. B. wird eine sequenzielle Untersuchung dreier respiratorischer Materialien zur mikrobiologischen Diagnostik bei oligosymptomatischen Patienten aus Hochendemielländern und bei Immunsupprimierten vorgeschlagen, um eine Tuber-

kulose nachzuweisen oder mit hoher Sicherheit auszuschließen. Hofmann et al. gehen auf den Einsatz von IGRAs („interferon- γ release assays“) in der Tuberkulosedagnostik ein. Im Vergleich zu den Hauttuberkulostests (Mantoux) verfügen wir noch über deutlich weniger Daten, und das Potenzial dieses neuen Tests insbesondere zur sicheren Detektion einer latenten Tuberkulose auch bei Immunsupprimierten ist noch Gegenstand laufender Studien. Bereits jetzt kann aber kritisch angemerkt werden, dass auch ein positiver Lymphozytenstimulationstest aus dem peripheren Blut allein nicht zwischen einer aktiven und einer latenten Tuberkulose unterscheiden kann. Ebenfalls kann ein negativer IGRA eine aktive Tuberkulose nicht ausschließen.

Immer wichtiger wird bei neuen Therapiemöglichkeiten, insbesondere gegen Pilzinfektionen wie Aspergillen, die rechtzeitige Diagnostik und Therapie der Pneumonie bei Immunsupprimierten. Aufgrund der deutlich häufiger durchgeführten hoch dosierten Chemotherapien sowie autologer und allogener Stammzelltransplantationen ist die Pneumonie bei Immunsupprimierten auch im ambulanten Setting keine Seltenheit mehr. Bei Immunsupprimierten ist noch mehr als bei Immunkompetenten die rechtzeitige Diagnostik und Therapie mit dem richtigen Antibiotikum entscheidend.

Abgerundet wird das Schwerpunktthema durch einen Fallbericht von Khanlari et al. über einen Patienten mit einer Mycobacterium-avium-Pneumonie. Die Kasuistik eines HIV-negativen Patienten mit dem Nachweis von nichttuberkulösen Mykobakterien (NTM) beschreibt das häufige diagnostische Dilemma, den Nachweis nichttuberkulöser Mykobakterien als eine Kolonisation oder eine klinisch manifeste Infektion zu interpretieren.

Wir sind überzeugt, dass die zusammengestellten Artikel einen wesentlichen Beitrag für die kontinuierliche Weiterbildung des Internisten leisten können, auch wenn natürlich nicht alle Gebiete des Themas „Lunge und Infektion“ behandelt werden konnten. So stellt z. B. die ventilatorassoziierte Pneumonie auf Intensivstationen ein wichtiges Krankheitsbild dar, mit dem sich Intensivmediziner, Internisten, Chirurgen und Infektiologen zu beschäftigen haben. Ebenfalls möchten wir betonen, dass es die Aufgabe eines jeden Klinikers ist,

sich permanent über die lokoregionale Resistenzlage von wichtigen Pathogenen der pulmonalen Infektionen in Kooperationen mit den örtlichen Mikrobiologen zu orientieren, um so die richtige Antibiotikawahl treffen zu können. Insgesamt stellen die Infektionen der Lunge weiterhin eine große interdisziplinäre Herausforderung der klinischen Infektiologie dar, die insbesondere auch einer engen Kooperation mit Pneumologen und Mikrobiologen bedarf.



Korrespondierender Autor

Prof. Dr. M. Battagay
Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene, Universitätsspital Basel
Petersgraben 4, 4031 Basel
mbattagay@uhbs.ch

Ausschreibung des Dr. Ernst Wiethoff-Preises für innovative klinische Forschung

Zum 6. Mal wird der Dr. Ernst Wiethoff-Preis für innovative klinische Forschung verliehen; er ist mit 25.000 Euro dotiert. Damit wird eine innovative Originalarbeit im Bereich der klinisch orientierten medizinischen Forschung aus folgenden Disziplinen gewürdigt: Innere Medizin, Anästhesie und Intensivmedizin, Immunologie, Infektiologie, Pädiatrie und Rheumatologie. Auch Arbeiten aus benachbarten Bereichen, die diese Fachrichtungen berühren, sind zugelassen. Für die Verleihung des Preises können sich Kandidaten bewerben, deren Arbeit von einer renommierten Fachzeitschrift in den Jahren 2006 oder 2007 publiziert oder bis Jahresende 2007 akzeptiert wurde. Sollten sich mehrere Autoren aus einer Autorengruppe bewerben, ist im Vorhinein zu klären, wer sich als Repräsentant der Gruppe bewirbt. Der Bewerber muss weiterhin anzeigen, ob er sich mit dieser Arbeit bereits für andere Preise beworben hat. Er muss zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Arbeit an einem deutschen Forschungsinstitut beschäftigt oder in dessen Auftrag bzw. im Auftrag einer deutschen Forschungsförderinstitution im Ausland tätig sein. Das Höchstalter der Bewerber beträgt 38 Jahre. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch ein unabhängiges, interdisziplinäres Gremium universitärer Professoren. Bewerbungen mit Originalarbeit, Curriculum vitae und Publikationsverzeichnis sind in einfacher Ausführung spätestens bis zum 31.12.2007 an Abbott zu richten.

Anschrift:

PD Dr. med. Johannes Zahner, Medizinischer Direktor, Abbott GmbH & Co. KG, Max-Planck-Ring 2, 65205 Wiesbaden, Tel. 06122-581178.

Quelle: Fa. Abbott